



Platzhalter für Klebeetikette

Änderungshistorie: Die markierten Änderungen betreffen den Inhalt. Formale Änderungen sind nicht markiert.

Fragebogen für die Nabelschnurblutspende

Sie haben die Informationen über die Nabelschnurblutspende gelesen. Und Sie möchten Nabelschnurblut spenden. Bitte beantworten Sie die Fragen in diesem Fragebogen.

Für wen sind die Fragen?

Die Fragen sind für die **Mutter** des Kindes (Baby). Bei einigen Fragen möchten wir auch Informationen über den Vater, die Geschwister oder Verwandte des Kindes. Sie finden dann einen Hinweis dazu.

Wie beantworten Sie die Fragen?

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die für Sie passt.

Bei einigen Fragen möchten wir gerne mehr Informationen von Ihnen. Bitte schreiben Sie Ihre Antwort **auf den zusätzlichen Platz** bei den Fragen **auf**.

Wichtig: Bitte sagen Sie die Wahrheit. Nur dann können Sie sich selbst und einen möglichen Empfänger Ihres Nabelschnurblutes schützen.

Im Abschnitt **D-C** am Ende des Fragebogens hat es Platz. Hier können Sie uns etwas **Zusätzliches** mitteilen. **Oder Sie können eine Frage aufschreiben.**

Bei Fragen oder Unsicherheiten, **notieren Sie diese auf dem Fragebogen und** wenden Sie sich an Ihre betreuende Hebamme oder Ihre betreuende Ärztin oder Arzt. Sie helfen Ihnen gerne weiter.

Damit Ihre Angaben möglichst aktuell sind, Wir bitten wir Sie, den Fragebogen erst-frühestens 3-4 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin auszufüllen. So wird gewährleistet, dass der Inhalt aktuell ist. Die Einhaltung der Zeitspanne entspricht den Vorgaben der internationalen Kriterien (NetCord-FACT).

A. Informationen zur Mutter	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse und Haus-Nr.	
PLZ / Wohnort	
Telefon	
E-Mail	



Platzhalter für Klebeetikette

B. Informationen zur Herkunft der Eltern

Welcher ethnischen Gruppe gehören Sie an? Bitte ankreuzen.

Afrika	AFNA	Nord Afrika	Mutter ☐	Vater ☐
	AFSS	Afrika südlich der Sahara	Mutter ☐	Vater ☐
Asien	AS	Zentralasien: Ost-Russland, Kasachstan, Usbekistan, Kirgistan, Tadjikistan	Mutter ☐	Vater ☐
		Nordostasien: Japan, Nord- und Südkorea		
		Ozeanien: Pazifische Inseln ausser Japan, Australien, Neuseeland, Taiwan, Aleuten		
		Südostasien: China, Mongolei, Burma, Laos, Kambodscha, Thailand, Vietnam, Taiwan		
		Südwestasien: Mittlerer Osten, Türkei		
		Südasion: Indien, Pakistan, Bangladesch, Sri Lanka, Bhutan, Nepal	Mutter ☐	Vater ☐
Kaukasus	CAU	Europa, Grönland, Island, Russland, Australien, Neuseeland, Nordamerika (USA, Kanada)		
Hispanien	HI	Zentralamerika, Südamerika, Karibik		
Gemischt	MX			
Andere	OT			
Weiss nicht	UK		Mutter ☐	Vater ☐



Platzhalter für Klebeetikette

CB. Fragebogen zur Gesundheit

	Ja	Nein
1. Familie- und Schwangerschaftshintergrund		
a) Wurden Sie und/oder der Vater des Babys in der frühen Kindheit adoptiert?	☐	☐
b) Wie wurden Sie schwanger: Haben Sie von einem Spender Eizellen von einer Spenderin oder Samen von einem Spender erhalten? Oder sind Sie eine Leihmutter?	☐	☐
c) Kennen Sie die medizinische Vorgeschichte des leiblichen Vaters Ihres Kindes? Wenn nicht, können Sie mehr über sie herausfinden? d) Sind Sie und der Kindsvater verwandt? Wenn ja, wie sind Sie verwandt.....	☐	☐
2. Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen		
Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank? Oder hatten Sie Fieber über 38.5°C? Schreiben Sie bitte auf, welche Krankheit oder Krankheitszeichen Sie hatten.	☐	☐
3. Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft		
a) Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente genommen (z.B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Wenn ja, schreiben Sie bitte hier die Medikamente auf:	☐	☐
b) Haben Sie in den letzten 3 Jahren das Medikament Neotigason® / Soriatane® eingenommen? Das ist ein Medikament zum Beispiel gegen Schuppenflechte.	☐	☐
4. Immuntherapien und Impfungen		
a) Haben Sie jemals eine Immuntherapie erhalten? Dazu gehören z. B. Medikamente aus Plasma, Zellen oder Serum, die die von einem Menschen oder Tier stammen. Wenn ja, welches Medikament Therapie war es?	☐	☐
b) Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Impfung erhalten? Grippe ☐ RSV ☐ Pertussis (Keuchhusten) ☐ Covid-19 ☐ Tetanus ☐ Tollwut ☐ Oder eine andere Impfung? Wenn ja, welche Impfung war es? Schreiben Sie hier bitte das Datum der Impfung auf Wann war die Impfung (Datum)?:.....	☐	☐



Platzhalter für Klebeetikette

	Ja	Nein
5. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitszeichen? Wenn ja, <u>bitte</u> geben Sie uns <u>bitte</u> mehr Informationen, z. B. die genaue Krankheit, den Zeitpunkt, die Behandlung, ob Sie wieder gesund sind oder nicht.		
a) Bluthochdruck vor oder in der Schwangerschaft (z.B. <u>arterielle Hypertonie</u> , Präeklampsie, HELLP-Syndrom) Ihre Informationen:	☐	☐
b) Herzkreislauferkrankung Ihre Informationen:	☐	☐
c) Lungenerkrankung Ihre Informationen:	☐	☐
d) Magen-, <u>oder</u> Darmkrankheit Ihre Informationen:	☐	☐
e) Eine Krankheit in der Niere, Blase, in den Harnwegen oder in den Geschlechtsorganen Ihre Informationen:	☐	☐
f) Eine Krankheit des Nervensystems (<u>z.B. Epilepsie, Meningitis</u>) Ihre Informationen :	☐	☐
g) Eine Krankheit des Immunsystems, z.B. eine Allergie oder eine chronisch-entzündliche Krankheit wie Morbus Crohn oder eine Autoimmunerkrankung Ihre Informationen:	☐	☐
h) Eine Infektionskrankheit Ihre Informationen:	☐	☐
i) Hatten oder haben Sie Kontakt mit einer Person mit einer ansteckenden Krankheit / Infektionskrankheit? <u>Wenn ja, W</u> welche Krankheit hat die Person?..... <u>Wenn ja, w</u> Wann war der Kontakt?.....	☐	☐
j) Blutkrankheit Ihre Informationen:	☐	☐
k) Krebs Ihre Informationen:	☐	☐
l) Diabetes: Typ I ☐ Typ II ☐ Schwangerschaftsdiabetes ☐ <u>MODY «Erwachsenendiabetes Typ II, der im Jugendalter beginnt»</u> ☐	☐	☐
Nr: 31941469	Name: FOR_Medical_Questionnaire_CB_D_für_KSA	Version: 28
		Gültig ab: 23.06.2023 01.04.2026
Seite: 4 von 13		



	Ja	Nein
m) Schilddrüsenkrankheit Hashimoto Thyreoiditis ☐ M. Basedow ☐ Andere Krankheit ☐ Bitte geben Sie uns mehr Informationen: Welche Behandlung hatten Sie? Von wann bis wann war die Behandlung? :	☐	☐
n) Andere Krankheiten <u>en, die oben nicht erfasst worden sind</u> Ihre Informationen:	☐	☐
6. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Unfall, Operation und Bluttransfusion		
a) <u>Hatten Sie in den letzten 12 Monaten:</u> <u>Einen-einen</u> Unfall ☐ <u>Eine-eine</u> Operation ☐ Wenn ja, <u>bitte</u> geben Sie uns <u>bitte</u> mehr Informationen:	☐	☐
b) <u>Eine-Hatten Sie jemals eine</u> Bluttransfusion ? (z.B. Erythrozytenkonzentrat, Thrombozytenkonzentrat, Plasma)? Wenn ja, wann war die Infusion: Warum haben Sie die Infusion erhalten? In welchem Land haben Sie die Infusion erhalten?	☐	☐
7. Creutzfeldt-Jakob Krankheit oder Risiko dafür		
a) Haben Sie oder ein Verwandter die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit? Oder gibt es einen Verdacht, dass Sie oder Ihr Verwandter die Krankheit hat? <u>Wenn ja, wer?</u> Kindsmutter ☐ Kindsvater ☐ andere Verwandte ☐ :	☐	☐
b) Haben Sie jemals Gewebe von einem Menschen erhalten? Wenn ja, geben Sie uns bitte mehr Informationen dazu:	☐	☐
c) Haben Sie jemals Gewebe von einem Tier erhalten? Wenn ja, geben Sie uns bitte mehr Informationen dazu:	☐	☐
d) Hatten Sie jemals eine Operation an Gehirn oder Rückenmark? Wenn ja, geben Sie uns bitte mehr Informationen dazu:	☐	☐



Platzhalter für Klebeetikette

	Ja	Nein
8. Tropische Viren (Chikungunya, Dengue, West Nile und Zika Virus) oder Risiko dafür		
a) Waren Sie in den letzten 6 Monaten <u>für mehr als 2 Tage (48 Stunden)</u> im Ausland? Wenn ja, wo waren Sie (Land und Region) ? <u>Land, Region oder Stadt:</u> <u>Region:</u> Seit wann sind Sie zurück? <u>Hier neuer Absatz: Frage 8b</u> <u>Hatten Sie dort Krankheitszeichen?</u> Waren Sie <u>während dem Auslandsaufenthalt krank</u> (z.B. Fieber)? Oder haben Sie seit Ihrer Rückkehr Krankheitszeichen? Wenn ja, welche? 	☐	☐
b) Hatten Sie während der Schwangerschaft eine Chikungunya-, West-Nile- oder c) Dengue-Infektion?	☐	☐
e) Hatten Sie oder Ihr Sexualpartner / Ihre Sexualpartnerin in den letzten 4 Monaten eine d) Zika-Infektion?	☐	☐
9. Malaria oder Risiko dafür		
a) Hatten Sie jemals Malaria? Wenn ja, wann hatten Sie Malaria?	☐	☐
b) Waren Sie in den letzten 3 Jahren in einem Malaria-Risikogebiet? Wenn ja, wo waren Sie? <u>Land, Region oder Stadt:</u> <u>Region:</u> <u>Wann waren Sie dort?</u>	☐	☐
c) <u>Waren Sie in den letzten 4 Monaten in einem Malaria-Risikogebiet?</u> <u>Wenn ja, wo waren Sie?</u> <u>Land:</u> <u>Region oder Stadt:</u> <u>Seit wann sind Sie zurück?</u>	☐	☐
10. Chagas Krankheit oder Risiko dafür		
a) Hatten Sie jemals Chagas? Das ist eine Infektionskrankheit	☐	☐



Platzhalter für Klebeetikette

b)	Sind Sie oder Ihre Mutter (Grossmutter des Kindes) ausserhalb Europas geboren oder aufgewachsen? Oder haben Sie dort mehr als 6 Monate gelebt? <u>Wenn ja, wer?</u> In welchem Land? <u>Wann haben sie dort gelebt?</u>	☐	☐								
c)	<u>Ist Ihre leibliche Mutter (Grossmutter des Kindes) in Zentral- oder Südamerika geboren oder aufgewachsen? Oder hat Sie dort mehr als 6 Monate gelebt?</u> <u>In welchem Land?</u> <u>Wann hat Ihre Mutter dort gelebt?</u>	☐	☐								
11. Hatten Sie jemals eine dieser Krankheiten <u>Infektionskrankheiten oder Risiko dafür?</u>											
a)	<u>Hatten Sie jemals eine dieser Krankheiten?</u> <table border="0"><tr><td>☐ Tuberkulose</td><td>☐ Borreliose</td><td>☐ Brucellose</td><td>☐ Osteomyelitis</td></tr><tr><td>☐ Q-Fieber</td><td>☐ Toxoplasmose</td><td>☐ Babesiose</td><td>☐ Leishmaniose</td></tr></table> Wenn ja, wann war das?	☐ Tuberkulose	☐ Borreliose	☐ Brucellose	☐ Osteomyelitis	☐ Q-Fieber	☐ Toxoplasmose	☐ Babesiose	☐ Leishmaniose	☐	☐
☐ Tuberkulose	☐ Borreliose	☐ Brucellose	☐ Osteomyelitis								
☐ Q-Fieber	☐ Toxoplasmose	☐ Babesiose	☐ Leishmaniose								
b)	Hat jemand, mit dem Sie engen Kontakt haben, eine <u>offene-aktive</u> Tuberkulose? Zum Beispiel jemand den Sie pflegen oder jemand, der mit Ihnen zusammen wohnt.	☐	☐								

	Ja	Nein
131. Hatten Sie jemals Gelbsucht und Hepatitis?		
a)	☐	☐
Hatten Sie jemals Gelbsucht, <u>ausser der Neugeborenen-Gelbsucht?</u> Wenn ja, bitte geben Sie uns mehr Informationen dazu: <u>Oder Hatten Sie jemals</u> eine Hepatitis? Wenn ja, welche Form? Hepatitis A ☐ B ☐ C ☐ E ☐		
b)	☐	☐
Hatte Ihr/e Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner/in in den letzten 12 Monaten eine Hepatitis? Wenn ja, welche <u>Form?</u> : Hepatitis A ☐ B ☐ C ☐ E ☐ <u>Hatte Ihr/e Lebens-, Sexual- oder Wohnpartner/in in den letzten 12 Monaten eine</u> <u>Oder</u> Gelbsucht (eine Hepatitis mit einer anderen Ursache)? Wenn ja, bitte geben Sie uns mehr Informationen dazu.		



Platzhalter für Klebeetikette

141 Risiko für HIV und Aufenthalt in Ländern mit **hohen HIV-Infektionsraten**
3. Infektionsrate

- a) Waren Sie in den letzten 12 Monaten für mindestens 6 Monate in einem Land, in dem viele Menschen HIV haben im Ausland?

Wenn ja, wo waren Sie?

Land:

Wann waren Sie dort?

- b) Gab es dort eine Situation, in der Sie sich vielleicht mit HIV angesteckt haben? Zum Beispiel durch sexuelle Kontakte, eine medizinische Behandlung wie eine Bluttransfusion oder haben Sie ein Tattoo oder Piercing machen lassen?

121 ~~Hatten Sie in den letzten 2 Monaten~~ **Invasive Anwendungen und Behandlungen oder Kontakt mit Fremdblut**
4. Kontakt mit Fremdblut

- a) Hatten Sie in den letzten 2 Monaten

- ☐ Tätowierung ☐ Magen-, Darmspiegelung ☐ Akupunktur
☐ permanent Make-up/Mikroblading ☐ Piercing ☐
Mikroblading*
☐ Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzung, Blutspritzer in Auge, Mund oder anderes)
* Methode für permanentes Make-up

Wenn ja, wurden keimfreie (sterile) Instrumente verwendet? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann war das?

~~Hat die Person keimfreie (sterile) Instrumente verwendet?~~ ☐ ja ~~nein~~

- b) Hatten Sie in den letzten 2 Monaten Kontakt mit Fremdblut (Nadelstichverletzungen, Blutspritzer in Auge, Mund oder anderes)

Wenn ja, wann war das?

15. Waren Sie in einer der folgenden Risikosituationen?

- a) Hatten Sie in den letzten 4 Monaten einen neuen Sexualpartner / eine neue Sexualpartnerin? ☐ ☐
- b) Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte ~~und haben für die~~ Sie dafür Geld, Drogen oder Medikamente bekommen haben? ☐ ☐
- c) Hatten Sie sexuelle Kontakte mit einem Partner, der in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit einem Mann hatte? ☐ ☐
- d) Haben Sie in den letzten 12 Monaten Drogen gespritzt? Oder hat Ihnen jemand Drogen gespritzt? ☐ ☐
- e) War ein Test für HIV, Syphilis oder Hepatitis C positiv? ☐ ☐



Platzhalter für Klebeetikette

	Ja	Nein
16. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte mit einer Person		
a) mit einer Person , die in einer Risikosituation war, so wie in Frage 15 beschrieben?	☐	☐
b) mit einer Person , die eine Bluttransfusion erhalten? Wenn ja, in welchem Land? hat in einem Land, in dem viele Menschen HIV haben?	☐	☐
c) mit einer Person , die in einer Risikosituation war, in der sie sich mit HIV anstecken konnte? Und das in einem Land, in dem viele Menschen HIV haben? Zum Beispiel durch sexuelle Kontakte, Tattoo, Piercing, medizinische Behandlung <u>in einem Land, in dem viele Menschen HIV haben?</u> <u>Wenn ja, in welchem Land?</u>	☐	☐
17. Angaben zu Sexuell <u>sexuell</u> Übertragbaren <u>übertragbaren</u> Krankheiten und Behandlungen		
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Symptome von Chlamydien, Genitalherpes, Syphilis oder eine andere sexuell übertragbare Krankheit? Oder hatten Sie dagegen eine Behandlung? Wenn ja, geben Sie uns bitte mehr Informationen dazu <u>welche Krankheit und was für eine Therapie:</u>	☐	☐
18. Gibt es in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten? Hier geht <u>es nur es</u> um den Vater und die Geschwister Ihres Kindes (<u>keine weiteren Verwandtschaftsgrade</u>). Wenn ja, kreuzen Sie bitte an, wer die Krankheit hat oder hatte.		
a) Krankheit der roten Blutkörperchen (z.B. Thalassämie, Sichelzellanämie u.a.) Welche Krankheit? Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
b) Aplastische Anämie Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
c) Blutplättchenkrankheit (z.B. Immunthrombozytopenie) Welche Krankheit? Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
d) Blutgerinnungsstörung, genetisch (z.B. Hämophilie, von Willebrand Krankheit, Mutation Faktor-V-Leiden) Welche Krankheit? Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
e) Stoffwechselkrankheit / Speicherkrankheit (z.B. Mukoviszidose, <u>Gicht</u> , M. Tay-Sachs, M. Fabry, M. Gaucher, M. Niemann-Pick) Welche Krankheit? Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐



Platzhalter für Klebeetikette

	Ja	Nein
f) Diabetes Typ I: Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐ Diabetes Typ II: Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐ <u>MODY «Erwachsenendiabetes Typ II, der im Jugendalter beginnt»</u> <u>Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐</u>	☐	☐
g) Immunschwächekrankheit / angeborener Immundefekt Welche Krankheit? Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
h) Blutkrankheit, bösartig (z.B. Leukämie, Multiples Myelom, Myelodysplastisches Syndrom, Essenzielle Thrombozythämie u.a.) Welche Krankheit? Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
i) Krebs Welcher Art von Krebs? Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐
j) Andere Krankheit Welche Krankheit? Wer hat die Krankheit? Kindsvater ☐ Geschwister des Kindes ☐	☐	☐

~~CD. Wollen Sie uns etwas sagen? Oder haben Sie eine Frage? Dann schreiben Sie das hier auf.~~ Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Frage:.....

.....

Frage:.....

.....

Frage:.....

.....

Frage:.....

.....



Platzhalter für Klebeetikette

D. Bestätigung der Kindsmutter

Ich bestätige, dass die Daten zu meiner Person richtig sind.
Ich bestätige, und dass ich bei meinen Antworten die Wahrheit gesagt habe.

Mutter

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datum: Unterschrift:

Überprüfung des Fragebogens durch das Fachpersonal

E. Überprüfung des Fragebogens BEI DER REKRUTIERUNG **AUSZUFÜLLEN**

Bemerkungen zu Abschnitt **G-B** „Medizinischer Fragebogen“:

Frage:

.....

Frage:

.....

Frage:

.....

Frage:

.....

Fragebogen geprüft (bei Rekrutierung): Datum: Visum

Geburtsklinik (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Aarau: ☐ Basel: ☐ Bern: ☐ Genf: ☐ Tessin: ☐

Seite 12 ist vom Fachpersonal zum Zeitpunkt der Geburt auszufüllen.



**F. ~~BEI DER~~Überprüfung des Fragebogens ~~BEI DER GEBURT~~ NABELSCHNUTBLUTENTNAHME
AUSZUFÜLLEN**

1.	Folgende Fragen müssen zum Zeitpunkt der Geburt erneut an die Schwangere gerichtet werden, um den Zeitraum zwischen Ausfüllen des Fragebogens und Geburt abzudecken:	Ja	Nein
	<u>a) Krankheiten oder Änderungen des Gesundheitszustandes (Frage 2)</u> <u>Ihre Informationen:</u>	☐	☐
	<u>b) Änderungen bei Medikamenten und Impfungen (Fragen 3, 4b)</u> <u>Ihre Informationen:</u>	☐	☐
	<u>c) Änderungen bei Auslandsaufenthalten (Frage 8a)</u> <u>Ihre Informationen:</u>	☐	☐
	<u>d) Verändertes Verhalten im Hinblick auf Infektionsrisiken (Fragen 14, 15, 16)</u> <u>Ihre Informationen:</u>	☐	☐

~~Nachdem ich den medizinischen Fragebogen und die Krankengeschichte der schwangeren Patientin überprüft habe, bestätige ich hiermit, dass es keine körperlichen Anzeichen gibt, die derzeit auf ein HOHES RISIKOVERHALTEN in der Gegenwart oder Vergangenheit für übertragbare Infektionskrankheiten (HIV, HTLV, Hepatitis B oder C und sexuell übertragbare Erkrankungen) hinweisen. Gemäss der mir vorliegenden Unterlagen / Krankengeschichte bestätige ich, dass diese Spenderin in der Lage ist, das Nabelschnurblut ihres Babys bei der Geburt zu spenden. Für den Fall, dass sich neue Gesundheitsinformationen ergeben, die sich auf diese Spende auswirken könnten, versichere ich, diese Informationen der Nabelschnurblutbank zur Verfügung zu stellen.~~

2.	Gesundheitszustand von Mutter und Kind (sub partu Ausschlusskriterien)	Ja	Nein
	<u>a) Mehrlingsschwangerschaft</u>	☐	☐
	<u>b) Geburt <37+0 Schwangerschaftswoche</u>	☐	☐
	<u>c) HELLP-Syndrom</u>	☐	☐
	<u>d) Infektzeichen mit Fieber über 38.5°C bei der Mutter</u> <u>(z.B. V.a. Amnioninfektsyndrom)</u>	☐	☐
	<u>e) Fehlbildungen, angeborene Krankheiten, Infektionskrankheiten oder Infektzeichen</u> <u>beim Neugeborenen</u> <u>Ihre Informationen:</u>	☐	☐



G. Bestätigung der Spendetauglichkeit durch die Ärztin / den Arzt

Nachdem ich den medizinischen Fragebogen und die Krankengeschichte der ~~s~~Schwangeren Patientin überprüft habe, bestätige ich hiermit, dass es keine körperlichen Anzeichen gibt, die derzeit auf ein HOHES RISIKOVERHALTEN in der Gegenwart oder Vergangenheit für übertragbare Infektionskrankheiten (HIV, HTLV, Hepatitis B oder C, und sexuell übertragbare Erkrankungen) hinweisen. Gemäss der mir vorliegenden Unterlagen ~~/und~~ Krankengeschichte bestätige ich, dass diese Spenderin in der Lage ist, das Nabelschnurblut ihres Babys bei der Geburt zu spenden. Für den Fall, dass sich neue Gesundheitsinformationen ergeben, die sich auf diese Spende auswirken könnten, versichere ich, diese Informationen der Nabelschnurblutbank zur Verfügung zu stellen.

Ärztin / Arzt:

Name: Vorname:

Datum: Unterschrift der Ärztin / des Arztes: